

SKIEROWANIE DO DZIENNEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ

Niniejszym kieruję Panią/Pana:

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

Adres zamieszkania świadczeniobiorcy:

Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania):

Nr telefonu do kontaktu:

Numer PESEL świadczeniobiorcy, a w przypadku jego braku - numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy:

Rozpoznanie w języku polskim według ICD -10 (choroba zasadnicza i choroby współistniejące):

Liczba punktów w skali Barthel, którą uzyskał świadczeniobiorca do dziennego domu opieki medycznej:

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz pieczęć
podmiotu leczniczego, w przypadku gdy lekarz ubezpieczenia
zdrowotnego wykonuje zawód w tym podmiocie